

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA
DE BALÓN INTRAGÁSTRICO**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del médico: _____

El Dr. **Luis Esteban González Monroy** me ha informado que esta técnica consiste en la introducción de un balón que se llena de aire o líquido una vez situado dentro del estómago, con el fin de aumentar la sensación de saciedad y disminuir la ingesta de alimentos. Antes de la prueba, se le administra un anestésico local para adormecer la boca y la garganta. Se colocará una boquilla para proteger la dentadura.

El médico me informa que introducirá un endoscopio a través de la boca y procederá a realizar un procedimiento llamado endoscopia diagnóstica, que quiere decir una vista previa dentro de mi estómago debido a que si tengo gastritis o úlcera gástrica no podrá ser colocado el balón (por el riesgo de sangrado o perforación gástrica); por otra parte me informa que puede ser necesaria o recomendable la sedación o incluso la anestesia general con intubación de la vía aérea (colocar un tubo de plástico dentro de mi tráquea para proteger mi vía respiratoria).

Soy consciente que a los seis meses de su colocación, también por vía endoscópica, el balón debe de ser retirado por lo que se punciona, se desinfla y se extrae a través de la boca; de igual forma, puede ser necesario realizar el retiro del balón con anestesia general. El retiro del balón no está incluido en el costo de la colocación.

Si no se acude al retiro del balón, las sustancias gástricas e intestinales dañan el material del balón y puede poncharse, lo que ocasionaría que avanzara hacia el intestino delgado, eventualmente ocluiría al mismo y se presentaría una situación que terminaría en cirugía.

Entiendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, infección, aspiración bronquial, hipotensión (baja de presión), sangrado, perforación y distensión abdominal, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o paro cardíaco, depresión o paro respiratorio, Enfermedad Vascular Cerebral (EVC), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad. También pueden aparecer riesgos secundarios al tener el balón en la cavidad gástrica durante un máximo de 6 meses, como son dolor

DR. LUIS ESTEBAN GONZALEZ MONROY

INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES Alta Tensión 580, Cantarranas. Cuernavaca,
Morelos. México Tels: 777 318 3362, 777 318 2789

abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, úlceras, hemorragias digestivas, perforación, obstrucción intestinal, aspiración bronquial y parada respiratoria.

Declaro que actualmente no padezco de ninguna de las siguientes enfermedades: alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente.

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Estoy satisfecho (a) con la información recibida, he podido realizar toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia doy mi consentimiento para la colocación endoscópica de un balón intragástrico.

Firma del paciente

Representante legal (o testigo)

Luis Esteban González Monroy

Firma del Médico